

Hautulcera nach Perureise ohne Erregernachweis

J.A., männl, 25j, zog sich in Südamerika anlässlich einer Flussfahrt Mückenstiche zu, aus welchen sich Ulcera ohne Abheilungstendenz entwickelten. **Die Kasuistik zeigt Ihnen, woran Sie denken und welche Abklärungen und therapeutischen Massnahmen zum Ziele führen...**

Flussfahrt in Peru

Ein 25 jähriger Patient konsultierte Mitte Februar 2005 erstmals seinen Hausarzt wegen seit ca. 3 Wochen bestehenden Hautveränderungen im Bereiche des linken Unterschenkels. Anamnestisch bestand eine Psoriasis vulgaris. Er hielt sich in Südamerika auf und begab sich dort im Januar 2005 auf eine achttägige Flussfahrt von Cusco nach Puerto Maldonado, wo er von zahlreichen Mücken gestochen wurde, deren Stiche in der Folge nicht abheilten.

Klinisch zeigten sich drei grosse, indolente Ulcera. Der Durchmesser betrug 2, 1,8 und 1,5cm; der Ulcusgrund war schmierig belegt. Der Hausarzt dachte an impetiginisierte Insektenstiche und an eine cutane Leishmaniose. **Therapeutisch** erfolgte zunächst eine (erfolglose) Therapie mit einem Chinolon (Tavanic), wonach J.A. an den

Tropenmediziner B. Beck zur Hautbiopsie überwiesen wurde. Folgende **Befunde** wurden erhoben:

- 2 Knipsbiopsien aus verschiedenen Ulcerationen zur PCR Analyse und Kultur von Leishmanien waren negativ, ebenso eine Serologie für Leishmanien Antikörper. --
- Eine Histologie zeigte epitheloidzellige Granulome mit Riesenzellen.

Als **Therapie** gegen die häufigsten kutanen Leishmanien aus Peru (*L.brasiliensis*) wurde Ketokonazol per os über 4 Wochen gegeben. Dies führte zu keiner Besserung.

Differentialdiagnostisch wurden von B. Beck

- spezifische Infektionen (wie Mykobakterien)
- unspez. bakterielle Infekte
- nichtinfektiöse Ursachen wie
Pyoderma gangraenosum (PG),
Arthropodenbiss, ischämische Ursachen,
Vaskulitiden
in Betracht gezogen.

Der Patient wurde dem **Dermatologe P. Itin** überwiesen, der folgenden Abklärungen veranlasste:

- Biopsien, Kulturen,
- Immunelektrophorese, Rheumafaktoren und Autoantikörper.

Alles war negativ.



Somit wurde die **Diagnose** eines **Pyoderma gangraenosum (PG)** gestellt und eine Therapie mit systemischen Steroiden, später mit Cyclosporin begonnen, wonach die Ulcerationen regredient waren, aber nicht vollständig abheilten.

Bemerkungen für den Hausarzt

- Bei nicht abheilenden Hautulcera nach (Tropen)reisen sind an
 - (unspezifische) **bakterielle Infekte** (impetiginisierte Insektenstiche)
 - **Leishmanien**
 - **Infekte mit Mycobakterien**
 - **nicht infektiöse Ursachen**zu denken!
- Der Nachweis von Leishmanien erfolgt durch eine Hautbiopsie (Wundrand) mittels histologischem und kulturellen Nachweis, neu auch durch eine PCR Untersuchung; sie ermöglicht eine Klassifizierung.
- Ist ein Erregernachweis nicht möglich, sind nicht infektiöse Ursachen in Betracht zu ziehen, wie hier ein Pyoderma gangraenosum. Diese Diagnose wird in der Regel bei unspezifischer Histologie erst nach Ausschluss anderer Ursachen gestellt.
- In 30 bis 80% finden sich bei einem PG eine Grunderkrankung (Colitis ulcerosa, M.Crohn, Polyarthritits, Ig A Gammopathie, maligne Tumoren, Hepatitiden, Myelome, Poycythämia vera, M. Behcet, SLE, weitere..)
- Ein PG ist auch schwierig zu therapieren, mögliche Therapien sind: systemische Steroide, Cyclosporin, Dapson, Azathioprin, TNF-alpha Blocker.

Kasuistik A. Rohner Hausarzt Speicher;
G. Heeb Hausarzt St.Gallen;
B. Beck Tropenmediziner Zürich

Gegengelesen P.Itin Dermatologe Arau
Korrespondenz heeb@hin.ch 11.4.2006

http://www.osir.ch/PDF/kas_hautulcera.pdf